

**HASTA DIŐI KİŐİLER İÇİN MANYETİK REZONANS (MR)  
BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU**



**Uyarı:** MR görüntüleme sistemi çok kuvvetli manyetik alan içermesi nedeni ile eğer üzerinizde metalik elektronik manyetik mekanik implant malzemeler varsa zarar oluşturabilir. Bu nedenle MR ortamına ya da odasına girmeden önce bu form doldurulmalıdır. Ortamda manyetik alanın sürekli bulunduğu unutulmamalıdır.

**Not:** Eğer hasta olarak MR işlemi yapılacak ise başka bir form doldurmanız gerekir.

1	Daha önce herhangi bir operasyon geçirdiniz mi (Artroskopi, endoskopi vb)?	Evet	Hayır
---	--	------	-------

Eğer evet ise belirtiniz;

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cerrahinin tipi: \_\_\_\_\_

2	Gözünüze herhangi bir metalik cisim ile ya da yabancı cisim ile yaralanma oldu mu?	Evet	Hayır
---	--	------	-------

Eğer evet ise belirtiniz;

3	Herhangi bir metalik cisim ya da yabancı cisim ile yaralandınız mı (mermi, şarapnel vb)?	Evet	Hayır
---	--	------	-------

Eğer evet ise belirtiniz;

4	Gebelik ya da gebelik şüphesi var mı?	Evet	Hayır
---	---------------------------------------	------	-------



**UYARI:** Bazı implantlar, malzemeler ve objeler MR ortamına veya MR odasına girişte zarar meydana getirebilir. MR ortamı ya da MR odasına girişteki malzemeler ile ilgili şüpheniz varsa kesinlikle girmeyiniz.

Vücudunuzda aşağıda belirtilenlerden biri var mı?

<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Anevrizma klipsi
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Kalp pili
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İmlante kardiyoverter defibrillatör (ICD)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Elektronik implant ya da obje
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Manyetik olarak aktif implant ya da obje
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Nörostimülasyon sistemleri
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Spinal kord stimülatörleri
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Koklear otolitik ya da diğer kulak implantları
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İnsülin ya da diğer infüzyon pompaları
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İmlante ilaç infüzyon aletleri
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Protez tipleri (Göz, penil, vb)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Suni ya da prostetik ekstremite proteziniz var mı?
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Eksternal/internal metalik cisim
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İşitme cihazı (girmeden önce çıkartınız)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Diğer implantlar
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Diğer objeler



**ÖNEMLİ BİLGİLENDİRME:** Metalik objeleri, işitme cihazlarını, diş protezlerini, anahtarları, cep telefonlarını, gözlükleri, toka, saç tokası, takıları, piercingi, saat, kağıt ataç, kredi kartları, banka kartları, bozuk paraları, kalem, cep bıçağı, tırnak makası, pantolon kemeri gibi malzemeleri çıkarmadan MR odasına girilmez. Herhangi bir sorunuz varsa MR teknisyenine veya Radyoloji uzmanına başvurunuz.

Yukardaki soruları doğru şekilde cevaplandırdım. Bu formun içeriğini okudum anladım.

**Formu dolduran;**

Ad Soyad	Tarih	İmza
----------	-------	------

**Kontrol Eden;**

MR teknisyeni Radyolog	Tarih	Kaşe/İmza
---------------------------	-------	-----------